

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°

102

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre MARGAT

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE SAINT-NAZAIRE

Né le 17 Janvier 1915, à Paris

Sur le Traitement de la Tuberculose de l'Epididyme par la Méthode de Durante

Président : M. CHEVASSU, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre MARGAT

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE SAINT-NAZAIRE

Né le 17 Janvier 1915, à Paris

Sur le Traitement

de la

Tuberculose de l'Epididyme

par la

Méthode de Durante

Président : M. CHEVASSU, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—
1940

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY.
	RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNéo.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	COSTE	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	COUVELAIRE	
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.	(Roger)	Urologie.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.	DELIARUE ...	Anatomie pathologique.
BONNET	Bactériologie.	DELAY	Pathologie médicale.
BOULANGER	Chimie.	DEGREZ (H.).	Physique.
BOULIN	Pathologie médicale.	DESOILLE ...	Médecine légale.
BROUET	Pathologie médicale.	DIGONNET ...	Obstétrique.
BULLIARD	Histologie.	DOGNON	Physique.
CACHERA	Pathologie médicale.	FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GORDIER	Anatomie.	GALLIARD ...	Parasitologie.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite)

MM.		MM.	
GARCIN	Pathologie médicale.	MARCHAL ...	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS ...	Anatomie pathologique.	MENÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.	MOLLARET ..	Pathologie médicale.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.	PETIT-DUTAIL-LIS	Pathologie chirurgicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.	RENARD	Ophtalmologie.
JOANNON	Hygiène.	RICHET	Physiologie.
LACOMME	Obstétrique.	SÉNEQUE	Pathologie chirurgicale.
LANTUÉJOUL..	Obstétrique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
LAVIER	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	TURPIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} J. LÉVY..	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
LENÈGRE	Pharmacologie.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER ..	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL ..	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCO.	
CATHALA		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
GASTINEL		D'ALLAINES.	
DONZELOT.		MOULONGUET.	
DUVOIR.		MOURE.	
HUGUENIN		QUÉNU.	
LAROCHE (G.).			
LIAN.			
MOREAU			
PIEDELÈVRE.			
SÉZARY.			
MM.		MM.	
ECALLE.	Clinique obstétricale.		
METZGER.			
VIGNE.			
PORTES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FIANCEE

A MA MARRAINE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVASSU

Hommage reconnaissant pour l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUVIGNE

Directeur de l'Ecole de Médecine de Nantes

ET A MONSIEUR LE DOCTEUR PACREAU

*Qui ont bien voulu me fournir le
sujet de cette thèse.*

Avec toute ma gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR AVRIL

*En témoignage de ma profonde
reconnaissance et de mon affection.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE NANTES (Stage)

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT BUREAU.

MONSIEUR LE DOCTEUR PICARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR ARONDEL.

MONSIEUR LE DOCTEUR LEROUX.

DANS LES HOPITAUX DE SAINT-NAZAIRE

(Internat)

MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSIE.

MONSIEUR LE DOCTEUR AVRIL.

MONSIEUR LE DOCTEUR JAGOT.

MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOIS.

MONSIEUR LE DOCTEUR VERDIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR PUTOT.

MONSIEUR LE DOCTEUR FILHOL.

MONSIEUR LE DOCTEUR LEBRETON.

MONSIEUR LE DOCTEUR EMERY.

SUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DE L'EPIDIDYME PAR LA METHODE DE DURANTE

La tuberculose de l'épididyme n'est, le plus souvent, que la manifestation externe, visible, d'une tuberculose génitale généralisée.

Donc, sa cure chirurgicale logique devrait comporter l'ablation de tout l'appareil génital.

Pourtant, la grande majorité des chirurgiens donne la préférence à une opération partielle : l'épididymectomie, faite au bistouri ou thermocautère. La doctrine actuellement admise peut se résumer ainsi :

1° La castration, dont les conséquences psychiques malheureuses sont classiques, est à éviter; tous les efforts doivent tendre vers la conservation du testicule.

2° L'épididymectomie, au contraire, est justifiée par ce fait qu'elle supprime un organe malade, dangereux, inutile.

3° Elle ne doit pas s'accompagner d'opération sur la prostate ou les vésicules, suivie, trop souvent, de fistules interminables ; d'ailleurs il est habituel de

voir les lésions prostatovésiculaires s'immobiliser ou même rétrocéder après la suppression de l'épididyme.

4° Elle doit se faire autant que possible à froid.

5° Elle est le traitement de choix pour tous les malades qui ne peuvent pas, ou ne veulent pas, courir les chances d'une guérison médicale.

6° La possibilité de celle-ci n'est pas niable : qu'elle survienne à la suite d'une thérapeutique médicale pure (cure d'air, héliothérapie, U. V., Antigène Nègre et Boquet, vaccin de Vaudremer) ou associée à des pratiques de petite chirurgie (curetage, injections modificatrices, ponctions).

Sur ces points, tous sont d'accord.

Mais l'accord est moins complet quand il s'agit de préciser les frontières médicochirurgicales.

A) Les INTERVENTIONNISTES, avec MARION, étendent au maximum les indications de l'épididymectomie.

Celle-ci, pour qui sait la pratiquer — car elle est « bien plus difficile qu'une néphrectomie » (MARION) — est réalisable dans la plupart des cas.

L'atteinte macroscopique du testicule est rare (1/10 des cas sur plus de 1.200 opérations); l'atteinte microscopique est sans doute beaucoup plus fréquente, ainsi qu'en témoignent les nombreuses biopsies pratiquées par CHEVASSU, mais elle n'empêche pas la guérison clinique.

En somme, l'épididymectomie est l'opération de choix, et Marion préconise même la suppression

bilatérale systématique, dans les cas où une épидидymite unilatérale coïncide avec des noyaux dans le lobe prostatique opposé.

Dans ces conditions, le traitement médical voit ses indications réduites.

B) LES ÉCLECTIQUES (ORAISON) réservent l'épididymectomie pour les lésions bien localisées à l'épididyme seul, qu'elles soient suppurées ou non, mais sans autre atteinte du tractus génital.

C) LES CONSERVATEURS, parmi lesquels certains Américains (SPITZER), et surtout les Italiens (CASSUTO, GAMBERINI, MAROGNA), sans méconnaître la valeur des procédés chirurgicaux, les considèrent comme des procédés d'exception. Ils les réservent « pour les adultes en situation économique inférieure, ou lorsqu'il existe des lésions suppurées fistulisées avec infections secondaires ».

Il est en effet remarquable de constater que dans l'ensemble les résultats éloignés de toutes les interventions pratiquées n'apparaissent pas aussi favorables qu'on pourrait le croire.

Des statistiques récentes rapportées par DE LANGRE dans le *Journal d'Urologie* (t. XXXV, n° 4, 1933) montrent en effet que sur 62 cas de tuberculose épидидymaire traités par épидидymectomie ou castration, 27 cas seulement, soit 43,5 % ont été guéris ou nettement améliorés; 21 cas, soit 33,8 % ont présenté des suites génitales; enfin onze malades sont décédés

ultérieurement d'une manifestation tuberculeuse rénale, méningée ou pulmonaire.

Une autre statistique de YOUNG, citée par DE LANGRE montre :

25 récidives prostatato-vésiculaires.	} sur 91 cas
6 tuberculoses urinaires consécutives.	
28 décès ultérieurs par tuberculose.	
32 bons résultats.	

Les BONS RÉSULTATS ne sont donc que de l'ordre de 35 à 45 % et les récidives prostatato-vésiculaires ou du côté opposé sont particulièrement fréquentes.

LA METHODE DE DURANTE

EN 1894, DURANTE, au cours d'une séance de l'Académie royale de Médecine de Rome, apportait les résultats heureux d'une méthode nouvelle, vraiment conservatrice consistant en injections modificatrices par la solution iodo-iodurée. Il avait été précédé dans cette voie par LANNELONGUE qui, le premier, avait eu l'idée d'injecter *in situ* un liquide sclérosant à base de chlorure de zinc à 1/10.000.

SON PRINCIPE :

La Méthode de Durante est basée sur l'action sclérosante d'une solution iodo-iodurée, injectée au niveau des parties malades. Primitivement Durante utilisait une solution voisine de la solution iodo-iodurée de Lugol : 1 à 2 centigrammes d'iode métallique pour la même dose d'iodure de potassium.

Cassuto ajoute à cette solution 4 à 5 centigrammes de gaiacol, auquel il fait jouer un rôle anesthésiant.

Le docteur Pacreau, considérant le rôle anesthé-

siant du gaïacol comme négligeable, et d'autre part la facilité avec laquelle ce produit forme un précipité susceptible d'obstruer l'aiguille et de gêner l'injection, a adopté très rapidement la formule suivante, qui lui a donné toute satisfaction :

Iode métalloïdique.....	0,10 cg.
Iodure de potassium.....	0,15 cg.
Eau distillée bouillie.....	10 cc ³

TECHNIQUE :

On se sert d'une aiguille courte 1 cm. 5, très fine, 5/10 mm., d'une seringue hypodermique ordinaire de 2 cc.³ ayant un ajustage bien étanche et de préférence un piston plein car il est parfois nécessaire d'exercer une forte pression sur le liquide que l'on veut faire pénétrer dans les tissus en voie de sclérose.

De la main gauche on immobilise dans le scrotum le testicule malade, et par pression entre les doigts, on fait saillir l'épididyme. On palpe soigneusement toute sa surface de façon à se rendre compte de l'étendue des lésions et de l'emplacement des « noyaux ». On pique la peau, dans un espace avasculaire, et dans un deuxième temps on fait pénétrer l'aiguille dans le noyau à infiltrer. L'aiguille en place l'injection doit être poussée très doucement. Lors des premières séances on se contentera d'injecter 1/4 ou 1/2 cc³, en plusieurs points, sans retirer l'aiguille de la peau, en lui imprimant sous celle-ci des chan-

gements de direction. Plusieurs noyaux peuvent ainsi être infiltrés dès la première séance.

Dans une de ses observations le docteur Pacreau a utilisé avec succès cette méthode en présence d'une tuberculose fistulisée. Dans ces cas il recommande de traiter d'abord les points les plus excentriques par rapport à la fistule et de se rapprocher progressivement de celle-ci.

La quantité à injecter doit être augmentée peu à peu de $1/2$ cc³ à 1 et parfois même 1 cc³ 5, ou 2 cc³ en cinq ou six endroits différents.

Au début du traitement les séances sont faites tous les trois ou quatre jours, et par la suite suivant l'état local on les espacera tous les six, huit ou quinze jours.

L'injection sclérosante n'est pas aussi douloureuse qu'on pourrait le craindre. Parfois surtout lors des premières séances, on constate une légère réaction sous forme de gonflement de la glande. Mais ceci n'est pas constant et en tout état de cause est parfaitement supporté par le malade, et ne doit pas interrompre le traitement.

Plus souvent lors de l'injection le malade ressent une douleur irradiant sur tout le trajet du cordon. Cette douleur est parfois vive, mais elle est toujours fugace. Lorsqu'elle est trop vive, il vaut mieux ne pas continuer l'injection en ce point, ou plus simplement déplacer légèrement l'aiguille.

Pratiquement le docteur Pacreau ne s'est jamais trouvé dans l'obligation d'interrompre le traitement.

Un point plus difficile à préciser est celui de l'état du foyer infecté. « Avec un peu d'habitude, écrit Pacreau, on se rendra très bien compte au cours même de l'injection de l'état du noyau infecté. En effet, au début du traitement, pour un noyau donné, l'aiguille pénètre très facilement et donne l'impression que l'on pique soit dans une cavité soit dans un tissu spongieux. Au fur et à mesure de la sclérose, ces tissus deviennent plus fermes, plus résistants à la pénétration de l'aiguille, et un réel effort est nécessaire pour pousser l'injection. »

Il considère ces « noyaux durs » comme des foyers sclérosés guéris.

LES INDICATIONS DE LA METHODE DE DURANTE

Dans son article sur le traitement de la tuberculose épididymaire, DE LANGRE envisage la classification suivante, et pour chaque cas l'indication thérapeutique qui lui semble la plus favorable.

1° NOYAU TUBERCULEUX DE LA QUEUE DE L'ÉPIDIDYME

Tous les cas de ce genre, pour la majorité des chirurgiens, doivent être traités médicalement (Salies, héliothérapie, ultra-violets, vaccins de Vaudremer...) sauf en cas de ramollissement où l'épididymectomie doit être faite sans plus attendre.

Nous n'avons pas eu la chance d'observer des formes aussi nettement localisées; mais étant donné les résultats très satisfaisants obtenus dans des cas beaucoup plus avancés, nous pensons que des noyaux très limités de l'épididyme doivent être traités par la Méthode de Durante à laquelle on pourra d'ailleurs associer un traitement médical.

2° TOUT L'ÉPIDIDYME EST ENVAHI PAR LA TUBERCULOSE

C'est évidemment l'épididymectomie qui apparaît, même s'il y a fistulisation comme le traitement de choix, surtout lorsque les lésions vésiculo-prostatiques sont minimales.

Mais il est des cas où ces lésions sont plus importantes, où l'épididymectomie peut apparaître comme particulièrement difficile, et où la méthode de Durante, nous semble-t-il, peut trouver son application. Rappelons d'ailleurs que les auteurs italiens (Cassuto) considèrent la sclérose provoquée de l'épididyme comme la méthode de choix, à partir du moment où il existe des lésions du tractus génital.

3° L'ÉPIDIDYME ET LE TESTICULE SONT ENVAHIS

Le cas n'est pas fréquent. Il est classique de dire que là encore, lorsque les lésions sont légères, l'épididymectomie est la plus indiquée, et que l'épididyme enlevé, les lésions testiculaires sont susceptibles de régression.

Souvent, lorsque les lésions sont étendues, c'est à la castration qu'il faut se résoudre. Dans ces cas on pourrait peut-être, avant d'en arriver à une mutilation importante, tenter encore la sclérose épидидymaire.

4° LES LÉSIONS SONT BILATÉRALES

Les chirurgiens sont d'accord : le traitement doit être conservateur. Certes, on peut toujours tenter une épидидymectomie bilatérale. Si elle n'est possible ni d'un côté ni de l'autre, il faut se contenter d'un curetage, d'un traitement héliothérapique ou des vaccins. Dans ces cas où la chirurgie s'avère impuissante, la méthode de Durante apporte un moyen thérapeutique nouveau qui ne doit pas être négligé et qui est susceptible d'amener une amélioration ou même la guérison de l'état local.

Elle pourrait également se substituer à l'épididymectomie préventive du côté opposé préconisée par Marion.

Enfin, dans un cas que nous rapportons (observation n° 5), un malade qui avait subi antérieurement une castration droite pour épидидymite bacillaire, présentait, en juillet 1937, à la partie supérieure de la suture, une fistule donnant quelques gouttes de pus à la pression, en même temps qu'un foyer se développait au niveau de l'épididyme gauche. Le traitement est appliqué des deux côtés. En septembre de la même année, on observe la fermeture de la fistule après une dizaine d'injections sclérosantes et l'arrêt de l'évolution du côté gauche.

5° LÉSIONS ASSOCIÉES

Très souvent la tuberculose épидidymaire est associée à d'autres manifestations, vésiculo-prostatiques, rénales, pulmonaires ou ostéo-articulaires.

L'association à une tuberculose rénale ne contre-indique pas formellement l'intervention. De Langre rapporte le cas de deux malades ayant subi en même temps qu'une castration unilatérale une néphrectomie et qui sont restés guéris.

Cependant il nous paraît logique dans ces cas d'envisager la cure de la lésion génitale par la méthode sclérosante, réservant à la chirurgie, si cela est possible, le traitement de la lésion rénale.

Enfin, pour terminer, avant d'exposer nos observations, nous signalerons que cette méthode a toujours été acceptée très facilement par les malades, qui dans aucun cas n'ont été obligés d'interrompre leur travail; c'est là un argument « d'ordre social » qui a certes son importance.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1. — M. G. Le P..., 26 ans

Atteint de cyphose depuis son enfance. Pas d'antécédents bacillaires. En juillet 1932, blennorragie se compliquant en août d'une orchio-épididymite gonocoecique droite qui, traitée par la vaccinothérapie, est guérie en octobre.

Fin décembre 1932, le testicule droit devient à nouveau sensible et augmente de volume rapidement.

Vu par nous en janvier 1933, la malade présente une volumineuse épидидymite droite avec de nombreuses bosselures. Il y a adhérence avec la vaginale et le scrotum.

Sur la face inféro-externe un point semble en voie de ramollissement. Le toucher rectal ne révèle pas de lésions perceptibles au niveau de la vésicule correspondante ou de la prostate.

Une première série de vaccin de Vaudremer (émulsion forte) est faite en janvier-février. Pendant ce temps l'abcès s'est ouvert et fistulisé.

Une deuxième série de V. A. V. est faite en avril. La fistule suppurant toujours et l'épididymite n'ayant que peu de tendance à s'améliorer, le malade voudrait une thérapeutique plus énergique ou une intervention chirurgicale.

Nous l'adressons alors au Docteur Auvigne qui déconseille l'intervention à chaud et nous demande d'appliquer la méthode de Durante.

Le traitement est commencé le 10 juin : injection de quelques gouttes par l'orifice de la fistule.

Puis, deux fois par semaine, nous injectons des doses progressivement croissantes en commençant par les points les plus écartés de la fistule pour se rapprocher ensuite de celle-ci.

Rapidement il y a du mieux.

Dès le 7 juillet, après 6 piqûres, il y a une notable diminution des noyaux épидидymaires et la suppuration est moins abondante.

Les piqûres sont espacées tous les 10 à 15 jours. Fin septembre l'épididyme a encore beaucoup diminué de volume mais il persiste toujours un peu de suppuration. L'origine de celle-ci est trouvée dans un noyau situé à la face postéro-interne. En effet une injection en cet endroit de 1 cc³ de la solution iodée reflue par la fistule.

Deux séances successives au même point, le 18 et le 25 novembre tarissent la suppuration.

En décembre, il ne reste plus à l'orifice de la fistule que quelques croutelles de sérosité desséchées.

Les piqûres sont suspendues.

Revu en avril 1934, le malade reste bien guéri, la fistule est complètement fermée, l'épididyme n'a plus de bosselures vraiment appréciables.

Depuis cette date, l'amélioration s'est poursuivie à un tel point qu'on peut presque parler de « *restitutio ad integrum* », tout au moins clinique.

OBSERVATION N° 2. — M. J. L..., 40 ans
employé de magasin

A fait il ya quelques années de la bacillose pulmonaire semblant actuellement guérie.

En mars 1933, fait une orchio-épididymite bacillaire droite pour laquelle il va consulter son médecin. On le traite par 20 piqûres de sel d'or. Malgré ce traitement il se forme un abcès qui est ponctionné mais se fistulise au point de ponction.

Vers mi-juillet, il est envoyé au Docteur Auvigne pour avis sur le traitement à faire.

Ayant déjà pu constater, chez le malade précédent, les heureux résultats du traitement iodé, le Docteur Auvigne nous l'adresse en nous demandant de traiter également ce cas par la méthode de Durante.

A ce moment l'ensemble testicule-épididyme représentait le volume d'une orange moyenne. Par deux fistules, dont une cratériforme et large de plus 5 m/m, s'écoulait un pus abondant. La région était très sensible et le malade assez démoralisé.

Le 11 juillet on fait une injection de 1/2 cc³ en quatre points puis, quelques jours après, une même dose répartie en des endroits différents. Dès la troisième séance il y a aplatissement des régions injectées, spécialement au pôle inférieur, antérieurement très saillant.

En même temps que la solution iodée est utilisée localement, le malade reçoit une série de 6 ampoules de V. A. V. émulsion forte.

Dans le courant d'août nous faisons six séances de 1 cc³ à 1 cc³, 5, traitant alternativement les deux pôles.

Déjà fin août on arrive à percevoir la forme du testicule qui précédemment disparaissait dans l'empatement épидидymaire.

Le malade se réjouit des rapides progrès. Une deuxième série de V. A. V. est conseillé.

Trois séances en septembre permettent de circonscire les lésions à une région centrale sous-fistuleuse. Les points périphériques traités sont déjà durs, sclérosés. La suppuration est diminuée des trois quarts.

Au palper on arrive à repérer les quelques noyaux mous, source sans doute du pus persistant. On les pique et le liquide ressortant par la fistule on fait un petit lavage de ces poches et du trajet fistuleux avec 2 à 3 cc³ de la solution.

Le résultat est rapide et excellent car la suppuration se réduit en 10 jours à une sérosité peu abondante.

Le 20 octobre, constatant l'amélioration, on laisse le malade trois semaines sans piqûres. Une seule séance fin novembre et une dernière « de consolidation » en décembre guérissent cette énorme épидидymite bacillaire.

Revu en avril 1934, le malade a son épидидyme droit de volume sensiblement normal, on ne perçoit plus que quelques petits noyaux durs, conséquence du traitement sclérosant ; les fistules sont tarées et leurs orifices fermés.

En cinq mois environ la méthode de Durante a guéri ce malade *sans qu'il ait interrompu un seul jour son travail*, alors que quatre mois d'un traitement antérieur comportant le repos n'avaient abouti à aucun résultat.

OBSERVATION N° 3. — M. L. M..., 23 ans

Aucun antécédent bacillaire.

En mai 1934, le malade sent une douleur au testicule droit qui augmente de volume.

• Il ne s'en inquiète pas et se soigne seul par des applications chaudes.

Deux mois plus tard le testicule gauche se prend à son tour.

Le malade va alors consulter son médecin qui nous l'adresse le 13 juillet.

A cette époque toute la partie droite est très augmentée de volume. Sur la face externe et moyenne du scrotum une ulcération de la grandeur d'une lentille s'ouvre sur des fongosités et livre passage à un pus épais et abondant. Au palper l'épididyme totalement déformé par d'énormes bosselures paraît 4 à 5 fois plus gros qu'à l'état normal.

A gauche, la tête de l'épididyme est transformée en une masse de la grosseur d'une noisette où l'on sent déjà un peu de fluctuation, la peau est amincie et adhérente.

Au toucher rectal, lobe prostatique gauche un peu bosselé et dur, vésicule gauche légèrement infiltrée.

Le 13 juillet : 1/2 cc³ de solution iodée est injectée en 4 à 5 piqûres, en cercle autour de la zone fongueuse droite.

Le V. A V. est commencé en même temps.

Le 18 juillet, même traitement à droite. Le pus étant nettement collecté à gauche on ouvre à la pointe fine du galvano, on vide la poche et on y injecte 1 cc³ de solution.

Deux autres séances en juillet permettent de constater, le 9 août, une nette amélioration à droite : noyaux moins gros, empâtement moindre, suppuration diminuée.

A gauche, le palper permet de découvrir quelques nouveaux noyaux en arrière de l'abcès primitif. Ils sont injectés aussitôt, et fin août on note aussi de ce côté-là d'appréciables résultats.

2^e série de V. A. V. au début de septembre, 4 à 5 séances en septembre et octobre, comportant parfois jusqu'à près de 2 cc³ de chaque côté, permettent d'obtenir en novembre une nette amélioration du volume des épидидymes et une diminution de la quantité de pus.

Les piqûres sont de plus en plus espacées : 3 en novembre, 2 en décembre et 1 en janvier.

A cette date on ne perçoit plus que des noyaux sclérosés à droite où la fistule est presque complètement fermée. A gauche le résultat est également très bon.

Revu en avril 1935, il persiste à droite une petite fistule superficielle qui se ferme après quelques injections.

A gauche, au début de 1936, une petite collection du volume d'un petit pois se forme au voisinage de la région précédemment malade. La guérison est rapidement obtenue en 5 injections.

Depuis cette date le malade, qui a suivi régulièrement un traitement par le vaccin de Vaudremer, a été revu à plusieurs reprises et la guérison se maintient.

OBSERVATION N° 4. — M. H..., 35 ans

Vu en août pour une épididymite gauche.

Le malade est un bacillaire réformé de guerre 100 % pour bacillose pulmonaire.

L'épididyme gauche est énorme et fait en certains points un diamètre d'environ 4 cm. Fistule au pôle inférieur d'où s'écoule un pus assez abondant.

Peu de douleur au palper. Prostate bosselée. Vésicule gauche injectée.

Le traitement est de suite commencé. Quelques piqûres d'essai montrent que l'épididyme est en son centre complètement ramolli sur toute sa hauteur. Le liquide injecté au pôle supérieur ressort par l'orifice de la fistule au pôle inférieur.

Les piqûres sont donc commencées par la partie haute.

Après 3 ou 4 séances, qui comportent un lavage du trajet avec 4 à 5 cc. et une infiltration des parois avec 1/2 à 1/4 de cc., il y a une nette diminution de volume; la quantité de pus est beaucoup moindre.

Au bout de deux mois de traitement, l'amélioration est d'au moins 50 %. Vers décembre 1935, il ne reste plus autour de la fistule qu'une zone étroite où l'aiguille rencontre encore des tissus mous. Partout ailleurs, la sclérose est telle qu'il est très difficile d'y faire pénétrer l'aiguille.

5 à 6 injections espacées de 10, 15 puis 20 jours tariront complètement l'écoulement et fermeront la fistule.

Le malade est revu guéri en juillet 1936. A cette époque le volume de son épididyme est à peu près le 1/4

de son volume primitif. Les tissus sclérosés sont durs avec quelques nodosités mais il n'y a aucune sensibilité. Prostate moins bosselée, vésicule moins infiltrée.

OBSERVATION N° 5. — M. T..., 27 ans

Vu en juillet 1937.

A eu une castration droite pour épидidymite bacillaire.

Il persiste au niveau de la partie supérieure de la suture une fistule d'où sortent à la pression quelques gouttes de pus.

A droite un point légèrement sensible.

Injection iodée dans la fistule droite. Surveillance à gauche. 8 jours plus tard on a l'impression qu'un nouveau foyer est bien en formation à gauche. Il semble même y avoir déjà un point ramolli.

On injecte en couronne dans la partie saine de l'épididyme 1/2 cc. environ en 5 à 6 points. Douleur extrêmement vive sur l'instant, persistant assez intense pendant 6 heures.

5 jours après, ouverture du petit abcès au galvano. Quelques gouttes de pus grumeleux ; injection-lavage dans la poche et 1/4 cc. dans les parois. Ce dernier traitement est bien supporté. Continuation du traitement à droite.

En septembre, la fistule de droite est fermée après une dizaine d'injections ; à gauche il n'y eu aucune extension du foyer primitif dont l'évolution semble avoir été arrêtée par le « tir de barrage » de la première séance.

La guérison est complète en novembre 1937.

CONCLUSION

Du fait qu'elle n'est bien souvent qu'une manifestation externe d'une tuberculose génitale généralisée, l'épididymite tuberculeuse présente de grandes difficultés thérapeutiques, et de nombreux traitements ont successivement été préconisés.

Moins mutilatrice que la castration, l'épididymectomie a longtemps été en honneur: elle préserve le testicule et donne des guérisons cliniques certaines, mais n'est pas toujours réalisable.

Aussi le professeur Chevassu considère-t-il actuellement le traitement par les rayons ultra-violets comme la méthode de choix.

Sans vouloir faire de la méthode de Durante la thérapeutique exclusive de l'épididymite tuberculeuse, il nous semble qu'elle pourrait être essayée chaque fois que les rayons ultra-violets ne donnent pas les résultats qu'on pourrait en attendre.

Cette méthode est basée sur l'action sclérosante d'une solution iodo-iodurée voisine de la solution de Lugol. Capable de donner de bons résultats comme le montrent les observations cliniques précédentes, elle est d'application facile et consiste en injections

intra-épididymaires faites à doses progressivement croissantes, dont le nombre et la fréquence sont déterminés par l'évolution des lésions.

On l'appliquera aux lésions évolutives chaudes, localisées ou étendues, et même aux lésions bilatérales dans lesquelles, lorsque l'épididymectomie est impossible, les rayons ultra-violets inefficaces, elle est susceptible d'amener la guérison ou tout au moins une amélioration de l'état local.

Lorsqu'il existe des lésions bacillaires associées telles que la tuberculose rénale qui coïncide si fréquemment avec la tuberculose génitale, il y aurait certainement intérêt à l'employer parallèlement à la néphrectomie.

De plus, comme les rayons ultra-violets, c'est une méthode essentiellement conservatrice qui supprime le risque de septicémie bacillaire post-opératoire, très rare heureusement, mais d'une extrême gravité.

Enfin, au point de vue social, la méthode de Durante permet au malade d'être traité sans qu'il soit nécessaire d'interrompre son travail.

VU : *Le Président de Thèse,*

M. CHEVASSU.

VU : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- DURANTE (F.). — *Atti della R. Accademia di Medicina di Roma*,
aprile 1894.
- *Giornale Il Policlinico*, Roma, 1895.
- *Trattato di Patologia Chirurgica*, III ediz. Albrighi e Segati,
1901.
- *Giornale Il Policlinico*, Roma, 1913.
- CASSUTO (A.). — *Journal d'Urologie*, t. XXXV, n° 4, 1933.
- ALESSANDRI. — Epididymectomie dans la Tuberculose génitale.
Thèse, Paris, 1924.
- BARBILIAN. — Les résultats éloignés de l'épididymectomie dans
la Tuberculose génitale. *La Presse Médicale*, n° 88, 4 nov. 1925.
- HALLÉ (N.). — VII^e Session de l'Association française d'Uro-
logie, 1903.
- LAPEYRE. — *Arch. Générales de Chirurgie*, 25 juillet 1912.
- LANGRE (M. DE). — Suites éloignées du Traitement de la Tuber-
culose Epididymaire. *Journal d'Urologie*, t. XXXV, n° 5, 1933.
- LEGUEU. — *Leçons Cliniques Chirurgicales*. Hôtel-Dieu, 1901.
- MARION. — De l'Epididymectomie dans la Tuberculose génitale.
La Presse Médicale, 10 février 1923.
- Du Traitement de la Tuberculose génitale chez l'Homme.
Journal d'Urologie, t. XIX, n° 6, 1925.
- MOMBAERTS et LAROCHE. — De la fréquente association de la
Tuberculose Epididymaire et de la Tuberculose Rénale. *Jour-
nal d'Urologie*, mai 1930.
- YOUNG. — The Radical cure of Tuberculosis of the seminal Tract.
(*Ann. Ass. Gen. Ur. Surgery*, Baltimore, 1920.)

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE LEGRAND
